

**GENTILE UTENTE, LA PREGHIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE QUANTO SOTTO RIPORTATO AL FINE DI EVADERE LA SUA PRATICA IN MANIERA EFFICACE E SENZA DISGUIDI (firmare e trasmettere):**

- A. La richiesta sarà accolta **solo nel caso i requisiti siano completi**, ovvero, modulo di richiesta completo in ogni sua parte, bonifico bancario e documenti di riconoscimento dell'assistito e/o del delegato alla richiesta.  
Entro 7 giorni verrà inviata apposita risposta di accoglimento all'indirizzo mail del richiedente che conterrà un allegato con il numero di protocollo e la data prevista della consegna, **demandando al cittadino la verifica dei dati inseriti**.  
**In caso non si ricevano comunicazioni da parte dell'Azienda, l'utente è invitato a contattare l'Archivio Clinico** al numero 06/55553366 per informazioni su eventuali anomalie (*crash informatico, richiesta incompleta, etc*) che possono non aver dato seguito all'accoglimento e quindi al feedback. Si sottolinea che anche in presenza di eventuale bonifico eseguito, la pratica potrebbe essere non eseguita per i motivi sopra esposti (punti a/b/c/d/e), in quanto l'Archivio Clinico prende conoscenza della volontà di richiedere un documento clinico solo al momento dell'arrivo di una mail;
- B. Tutta la documentazione deve essere allegata possibilmente in un unico file **in formato pdf**, inviata mediante mail ordinaria (**non PEC**) ad - [archivioclinico@scamilloforlanini.rm.it](mailto:archivioclinico@scamilloforlanini.rm.it)
- C. È importante sapere che la documentazione viene digitalizzata sulla base di quanto trasmesso dalle Unità Operative, pertanto errori, omissioni, assenza di atti, etc non sono addebitabili all'Archivio Clinico.
- D. **Spedizione:** l'Archivio procede ad un servizio a richiesta del cittadino, d'invio degli atti tramite Poste Italiane, con spese a carico del destinatario da corrispondere all'atto della consegna. In caso si desideri optare per questa scelta, è indispensabile per quanto concerne **i minori** che venga allegata una autocertificazione di patria podestà da parte dei genitori, mentre per i pazienti **deceduti**, nessita la trasmissione di un atto che comprovi il grado di erede (atto notorio/successione/etc) o una autocertificazione.
- Si prega di fare attenzione all'atto della compilazione del modulo, in quanto **una volta processata la spedizione, quest'ultima non potrà essere modificata informaticamente**. Si fa altresì rilevare che verrà spedita all'indirizzo indicato, con la precisazione **che il plico riporterà solo il nome dell'intestatario della cartella clinica, NON è possibile specificare altri nominativi (es: inviare presso/consegnare a..., etc)**. E' onere del richiedente far sì che l'atto pervenga nelle proprie mani (portineria, citofono, etc) **desinenze civiche (lettere, interni) non è possibile inserirle**.
- E. La documentazione **non è trasmissibile telematicamente** ed è in solo formato cartaceo ovvero, non contiene immagini;
- F. **La richiesta deve essere effettuata dopo** che il percorso clinico si è definitivamente concluso da parte dell'Unità Operativa di ricovero. I tempi per l'accesso agli atti è di 30 giorni ma potrebbero essere più ampi, in quanto i ricoveri in dimissione protetta (codice 5, etc), hanno un tempo di chiusura più ampio (circa 30 gg al reparto).
- G. In caso di persone decedute, per motivi di medicina legale, la documentazione potrebbe subire ritardi in quanto l'Azienda procede a controlli del percorso clinico del paziente a tutela dell'intera comunità;
- H. Per quanto concerne le prestazioni in Day Hospital, s'invita il cittadino a verificare presso la UO che il Day Hospital sia stato chiuso informaticamente altrimenti **la richiesta non verrà accolta** anche in presenza di bonifico bancario effettuato;
- I. Per richiedere la documentazione clinica ante 1994, è indispensabile fornire le seguenti coordinate, ovvero, **presidio ospedaliero/reparto di ricovero/data di entrata ed uscita del ricovero**. Dette informazioni sono **"conditio si ne qua non"** al fine di effettuare la ricerca proficua, senza le quali risulterà impossibile dare riscontro all'accesso all'atto;
- J. Per gli atti concernenti la **Legge 194**, la richiesta ed il ritiro possono essere effettuati **solo ed esclusivamente** dal paziente medesimo;
- K. Le cartelle ambulatoriali hanno una conservazione limitata, per cui se si dovesse richiedere un atto antecedente i cinque anni dalla data della richiesta, potrebbe essere **non disponibile**;
- L. La documentazione sarà conservata per un periodo di **365 gg dalla richiesta per poi essere distrutta senza diritto al rimborso**;  
**altre informazioni utili:**
- Il cittadino alla scadenza della data di previsione, può chiedere via mail se l'atto è pronto al fine del successivo ritiro/spedizione.  
In caso di risposta che **"l'atto risulta fermo al Reparto"**, il paziente potrà/dovrà contattare il Reparto al fine di comprendere i motivi del **trattenimento**, in quanto solo ed esclusivamente il paziente conosce il proprio percorso clinico ed ha sul foglio di dimissione con i contatti della U.O.  
In caso che **"l'atto è stato spedito"** si potranno chiedere le coordinate postali contattando il Servizio Postale Aziendale tramite centralino (06/55551)
- Il ritiro della documentazione avviene presso gli Uffici **(LUN/MER/VEN 9 - 12)** dal paziente munito del modulo di richiesta e un proprio documento di riconoscimento (valido) o da altra persona (delegata), munita di **copia dei documenti** del riconoscimento del paziente e del delegato. Nel caso che il paziente risulti deceduto, **l'atto potrà essere ritirato solo da un erede di I° grado dimostrabile in atti**. Per i minori necessita **obbligatoriamente un genitore esercente la patria podestà**

Con la presente sottoscrizione, dichiaro di aver preso visione di quanto sopra rammentato e accetto di processare la richiesta secondo le regole riferite a **tempi e modi** stabiliti dall'Azienda Ospedaliera

firma per accettazione(leggibile) \_\_\_\_\_

### Scrivere in stampatello

Cognome e Nome Assistito \_\_\_\_\_ nato il: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**COMPILARE SOLO IN CASO SI DESIDERI LA SPEDIZIONE**  
*(n.b: specificare solo numeri civici, nessuna lettera, scala, palazzina, etc)*

Domicilio spedizione **(l'atto verrà recapitato in plico chiuso a nome del paziente, non è possibile specificare altro destinatario)**

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

<b>COMPILARE LA PARTE INTERESSATA</b>	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">CARTELLA AMBULATORIALE (costo € 5,00 per singola copia)</p> <p><i>(precisare la specialità medica eseguita es. ortopedia)</i> _____</p> <p style="text-align: center;">N° cartellino _____ anno _____</p> <p style="text-align: center; color: #008000;">Oppure</p> <p style="text-align: center;">Stanza n° _____ anno _____ medico di riferimento _____</p>	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">PRONTO SOCCORSO (costo € 7,00 per singola copia)</p> <p><i>(n.b: se il PS è contestuale al ricovero è già accluso alla cartella clinica)</i></p> <p style="text-align: center;">Accesso in PS il ____ / ____ / ____</p>	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">CERTIFICATO DI DEGENZA (costo € 2,00 per singola copia)</p> <p style="text-align: center;">del ____ / ____ / ____</p> <p><i>(condizione fondamentale per il rilascio a vista, è produrre documento di riconoscimento, delega del paziente e documento di riconoscimento del delegato)</i></p>	n° copie
<p style="text-align: center; color: #0070c0;">CARTELLA CLINICA (costo € 15,00 per singola copia)</p> <p><i>(n.b: in caso di Day Hospital accertarsi direttamente al Reparto se sia stato chiuso informaticamente altrimenti non è possibile processare la richiesta)</i></p> <p style="text-align: center;">Reparto di dimissione _____</p> <p style="text-align: center;">dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">Reparto di dimissione _____</p> <p style="text-align: center;">dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____</p>	n° copie

**Compilare solo se la richiesta viene effettuata da un delegato che comunque non è valida per il ritiro**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a: \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_